

Trabalho de Conclusão de Curso

PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS AFTOSAS RECORRENTES E NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO EM ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

Júlia Michels



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Júlia Michels

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS AFTOSAS RECORRENTES E
NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO EM ALUNOS DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Inês Beatriz da Silva Rath

Florianópolis

2015

Júlia Michels

**PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS AFTOSAS RECORRENTES E
NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO EM ALUNOS DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 22 de outubro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof.^a, Dr.^a Inês Beatriz da Silva Rath,
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a Alessandra Rodrigues de Camargo,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Cláudio José Amante,
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha mãe que
nunca mediu esforços para me ajudar a
realizar este grande sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, por toda dedicação, esforço e comprometimento com minha educação; por estar presente em todos os momentos da minha vida; pelo amor e carinho que sempre recebi.

Agradeço aos meus padrinhos, Cristiane e Paulo, por todo apoio, incentivo e carinho. Mesmo distantes, sempre se fazem presentes. Aos meus familiares e amigos, por todo suporte durante minha trajetória.

Agradeço à minha orientadora, Inês Beatriz da Silva Rath, que teve um papel fundamental na realização deste trabalho, por ter aceitado me orientar, pela sabedoria, paciência, carinho, dedicação e compreensão durante esta jornada.

Às Psicólogas Marilandi do Rocio Teixeira e Luciana Boeing pelo auxílio na análise da Escala de Estresse Percebido SSP14.

À Dra. Daniela de Rossi Figueiredo, doutora em Odontologia, pela análise estatística dos dados coletados.

A esta Universidade da qual me orgulho muito de ter feito parte. Aos funcionários do CCS. A todos os professores que de alguma forma contribuíram para meu conhecimento e minha formação.

Agradeço aos meus colegas de sala, por todos os momentos vividos juntos. À minha dupla, Ane-Caroline, pela paciência, bom humor e o aprendizado compartilhado. Aos pacientes, por fazerem jus ao termo “paciente” e pela confiança em meu trabalho.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram com este trabalho e com minha formação acadêmica.

“Sonhos determinam o que você quer. Ação
determina o que você conquista.”

(Aldo Novak)

RESUMO

A Úlcera Aftosa Recorrente (UAR) é uma das desordens mais comuns da cavidade oral. Sua etiologia ainda permanece desconhecida. Inúmeros fatores têm sido associados ao seu aparecimento, dentre eles o estresse. **Objetivo:** levantar a prevalência de UAR em estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e verificar tratamentos utilizados e a sua relação com níveis de estresse. **Metodologia:** foi aplicado um questionário para determinar a prevalência de UAR na amostra e tratamentos utilizados. Para determinar o nível de estresse foi aplicada a Escala de Estresse Percebido SSP-14 (Cohen, Karmack, & Mermelsteinm, 1983). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HEMOSC (Parecer Consubstanciado número 1.038.152, de 02 de março de 2015). **Resultados:** a amostra foi composta por 325 participantes, dos quais 61 apresentavam UAR (18,77%), sem diferença entre os gêneros. O tratamento mais utilizado foi o antiinflamatório/corticoide tópico, citado por 38% dos que tinham recorrência quinzenal e 29% daqueles com recorrência mensal. Os participantes foram divididos em três grupos: Grupo I – Grupo controle (nunca tiveram manifestação de UAR, n = 80); Grupo II (com manifestação de UAR no momento de responder a Escala SSP-14, n = 25); Grupo III (sem manifestação de UAR no momento de responder a Escala SSP-14, n = 49). A média dos níveis de estresses foi 57,43% para o Grupo I, 57,89% para o Grupo II e 56,11% para o Grupo III, sem diferença estatística entre os grupos (Teste Exato de Fisher, p = 0.163). A maioria dos participantes apresentou um nível de estresse percebido considerado moderado, sem relação entre manifestação de UAR e nível de estresse associado. Este estudo não avaliou os possíveis fatores estressores, mas os dados evidenciaram que a maioria dos estudantes apresentou um nível de estresse moderado, sugerindo que os alunos podem ter algumas dificuldades para enfrentar os desafios impostos pelo curso.

Palavras-chave:

Educação Superior, Estudantes de Odontologia, Saúde do Estudante, Estresse, Úlceras Aftosas Recorrentes.

ABSTRACT

The Recurrent Aphthous Stomatitis (RAS) is one of the most common disorders of the oral cavity. Its etiology remains unknown. Several factors have been linked to their appearance, among them stress. **Objective:** to identify the prevalence of RAS on the undergraduate students of Dentistry and verify treatments used and their relationship to the stress levels. **Methodology:** a questionnaire was used to determine the prevalence of RAS in the sample and used treatments. To determine the level of stress was applied the Stress Scale Perceived SSP-14 (Cohen, Karmack, & Mermelsteinm, 1983). The project was approved by the Research Ethics Committee of Hemosc (Opinion Embodied number 1,038,152, March 2nd, 2015). **Results:** the sample consisted of 325 participants, which 61 had RAS (18.77%), with no difference between genders. The most common treatment was the topical corticosteroid (TCs), cited by 38% of those who had recurrence in 2 weeks and 29% of those with monthly recurrence. Participants were divided into three groups: Group I - control group (never had manifestation of RAS, n = 80); Group II (with RAS manifestation in time to answer SSP-14 scale, n = 25); Group III (RAS no manifestation of the time of responding to scale SSP-14, n = 49). The average stress levels were 57.43% for Group I, 57.89% in Group II and 56.11% for Group III, with no statistical difference between groups (Fisher's Exact Test, p = 0.163). Most of the participants showed a level of perceived stress considered moderate, unrelated about RAS manifestation and associated level of stress. This study did not evaluate the possible stressors, but the data showed that most of the students had shown a moderate level of stress, indicating that students have some difficulties to face the challenges posed by the course.

Keywords:

Higher Education, Dental Students, Student Health, Stress, Recurrent Aphthous Stomatitis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Prevalência da manifestação da UAR de acordo com o gênero em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	53
Gráfico 2 – Frequência da manifestação da UAR, de acordo com o período de recorrência, em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.	54
Gráfico 3 – Tratamentos para controle das manifestações da UAR, de acordo com o período de recorrência, utilizados por alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.	57
Gráfico 4 – Tratamentos utilizados de acordo com o período de recorrência das manifestações da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.	58
Gráfico 5 – Percentual de respostas negativas para a Escala SSP-14 e distribuição dos participantes de acordo com o nível de estresse, por grupo. Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	51
Tabela 2 – Proporção entre as variáveis ter manifestação de UAR e estar com manifestação da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	52
Tabela 3 – Frequência da sintomatologia da manifestação da UAR, em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	55
Tabela 4 – Duração das manifestações da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	56
Tabela 5 – Nível de estresse percebido em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

PFAPA – Síndrome da Febre Periódica, Faringite, Adenite e Lesões Ulceradas.

SB – Síndrome de Burnout

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

UAR – Úlcera Aftosa Recorrente

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	25
2.	REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1	Epidemiologia.....	28
2.2	Etiologia.....	28
2.3	Características Clínicas.....	30
2.4	Tratamento.....	32
2.5	UAR e o estresse.....	35
3.	OBJETIVOS	43
3.1	Objetivo Geral	43
3.2	Objetivos Específicos	43
4.	METODOLOGIA	45
4.1	Grupo de Pesquisa	45
4.2	Desenho do Estudo	45
4.3	Amostra	45
4.4	Crterios de Inclusão	46
4.5	Crterios de Exclusão	47
4.6	Procedimentos	47
4.7	Riscos	48

4.8	Benefícios.....	48
4.9	Análise dos Resultados.....	49
4.10	Aspectos Éticos	50
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	PREVALÊNCIA DE UAR NA AMOSTRA	51
5.2	NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO NA AMOSTRA ESTUDADA.....	60
6.	CONCLUSÕES	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
	APÊNDICE 2 – Questionário Prevalência de UAR.....	75
	ANEXO 1 - Escala de Estresse Percebido (<i>Perceived Stress Scale</i> , PSS-14).....	77
	ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEPESH-HEMOSC	79

1. INTRODUÇÃO

Úlcera Aftosa Recorrente (UAR) é uma doença inflamatória bucal crônica, caracterizada pela presença de úlceras inespecíficas, dolorosas e recorrentes na mucosa oral, particularmente em áreas não queratinizadas, que reparam espontaneamente e recorrem em períodos de tempo (ROGERS, 1977; CHERUBINI *et al.*, 2006).

Na maioria dos casos, as lesões são superficiais, recobertas com uma pseudomembrana e envoltas por um halo eritematoso. Elas podem variar de tamanho, localização e quantidade. As regiões mais acometidas são: bordas laterais da língua, mucosa labial e jugal (ROGERS, 1997; KOYBASI *et al.*, 2006).

Os sintomas levam o paciente a alterar sua rotina, pois incluem dor e debilidade. As lesões afetam também a função oral, pois a presença delas dificulta na fala, na mastigação e deglutição, podendo ocasionar uma deficiência nutricional e consequentemente diminuição da qualidade de vida (MIZIARA, 2005).

A UAR se apresenta clinicamente de três formas: úlceras aftosas menores, maiores e herpetiformes. A variante mais comum são as úlceras aftosas menores, que possuem tamanho menor de 1 cm de diâmetro, cessam em 10 a 14 dias sem deixar cicatriz. As úlceras maiores, tem tamanho maior que 1 cm, podem durar semanas e comumente deixam cicatriz. O tipo menos comum, úlcera herpetiforme, caracteriza-se por numerosas lesões que podem coalescer e duram cerca de 10 a 14 dias para cicatrizar (SCULLY *et al.*, 2003).

Sua etiologia ainda não está elucidada, no entanto, sabe-se da existência de diversos fatores predisponentes, atribuídos ao desenvolvimento da afecção, tais como: fatores locais, genéticos, imunológicos, sistêmicos e nutricionais (CHERUBINI *et al.*, 2006; TOCHE P. *et al.*, 2007).

Até o momento, não existe um tratamento estabelecido para a cura da UAR, os medicamentos utilizados buscam o alívio da dor e a cicatrização da lesão. O tratamento pode ser de forma tópica ou sistêmica, medicamentos homeopáticos, LASER de baixa potência e outros (MIMURA, 2009).

O objetivo desse trabalho foi levantar a prevalência de UAR, verificar tratamentos utilizados e analisar a influência do estresse nas

manifestações de UAR em estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A UAR é representada histologicamente por uma ulceração, recoberta por exsudato fibrinopurulento e infiltrado inflamatório crônico inespecífico confinado à lâmina própria do epitélio. Primeiramente ocorre degeneração suprabasilar do epitélio e na lâmina própria um infiltrado mononuclear. Conforme a lesão avança, ocorre ulceração do epitélio e o infiltrado passa a ser composto principalmente por neutrófilos e linfócitos. Esse infiltrado inflamatório vai se modificando e em estágios mais avançados, ele passa a ser composto por monócitos, macrófagos e eosinófilos (em menor escala) (NATAH *et al.*, 2004).

O diagnóstico da UAR se dá pela história e pelas manifestações clínicas da doença, não existindo exames laboratoriais específicos. Para que o paciente se enquadre como portador da UAR, ele deve apresentar ulcerações orais em períodos quinzenais ou mensais por mais de um ano de duração, sem que haja doença sistêmica associada (ex. doença celíaca ou doença de Behçet) (SCULLY *et al.*, 2003).

O diagnóstico diferencial pode ser feito com outras condições locais e/ou sistêmicas, como úlceras traumáticas (escovação, mordedura, queimadura), infecções herpéticas (ocorrem em mucosa queratinizada), síndrome de Behçet (úlceras bucais e genitais, comprometimento cutâneo e de outros órgãos), Síndrome da Febre Periódica, Estomatite Aftosa, Faringite e Adenopatia (PFAPA) e neutropenia cíclica (HIRIATA *et al.*, 2009).

As úlceras traumáticas geralmente aparecem no local associado a um episódio de trauma, tais como escovação dental, mordedura, queimadura física ou química. As infecções herpéticas são mais prevalentes em mucosa queratinizada, diferentemente das UAR, onde a mucosa acometida é a não queratinizada. A Síndrome de Behçet é uma doença crônica, de etiologia ainda desconhecida, que se caracteriza por úlceras na mucosa bucal e genital, lesões oculares e cutâneas, podendo acometer outros órgãos (SNC, gastrointestinal). A PFAPA se caracteriza por febre periódica, faringite, adenite cervical e lesões ulceradas, diferentemente da UAR esta é uma doença auto-limitada e não recorrente (HIRIATA *et al.*, 2009).

2.1 Epidemiologia

A UAR é uma afecção comum, cuja prevalência varia entre 5 e 66%, com média de 30% entre a população geral. É mais frequente no sexo feminino, em torno de 55%, em relação ao sexo masculino (RAMOS-E-SILVA *et al.*, 2006). É considerada uma doença comum na infância e adolescência, mais frequente entre 10-19 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade (RAMOS-E-SILVA *et al.*, 2006), porém essas lesões recorrem com menor severidade e frequência na idade adulta. Grupos populacionais que tenham responsabilidades cobradas acima das expectativas tem prevalência aumentada em 50% (ROGERS, 1997; PORTER, 2000).

2.2 Etiologia

A etiologia desta doença ainda é desconhecida e é classificada como multifatorial, na qual componentes genéticos, microbiológicos e imunológicos concorrem simultaneamente ou sequencialmente para o surgimento e evolução das lesões ulcerativas (HIRIATA *et al.*, 2009).

Na literatura, pode-se observar que a UAR é uma das doenças menos entendidas que acometem a cavidade oral, devido à dificuldade de se determinar a sua natureza exata, o que pode ocorrer, em parte, por causa da ausência de fatores histopatológicos específicos das úlceras, bem como a ausência de alguma causa endógena ou exógena que tenha sido identificada (VINCENT *et al.*, 1992; CHERUBINI *et al.*, 2006).

Algumas teorias têm associado a etiologia da UAR com fatores locais, tais como, trauma, pobre higiene oral e infecções, bem como fatores sistêmicos, como estresse, hipersensibilidade a alimentos, uso de medicamentos, distúrbios hormonais, hiperacidez bucal, desordens imunológicas, alterações nos níveis de Ferro e de vitaminas B2, B4, B12 e C. Os fatores genéticos e o histórico familiar também têm sido apontados como fatores de risco (MILLER *et al.*, 1980; KOYBASI *et al.*, 2006; SCULLY *et al.*, 2003; SHULMAN, 2004).

Hipersensibilidade alimentar: alguns pacientes correlacionam o aparecimento de úlceras orais à ingestão de determinado tipo de alimento, por exemplo: glúten, ácido sórbico, ácido benzoico, corante azo e outros (ROGERS,1997; FRAIHA, 2002; SCULLY *et al.*, 2003). Em raros casos a dieta melhora a UAR (PORTER SR *et al.*, 2000).

Fatores sistêmicos: algumas condições sistêmicas predispoem ou apresentam as UAR como sinais: a enteropatia, a sensibilidade ao glúten, neutropenia cíclica, anemia perniciosa, PFAPA e a doença de Behçet (FÁVARO, 2004; NATAH *et al.*, 2004; RAMOS-E-SILVA *et al.*, 2006).

Histórico familiar: é relatado como fator de alto envolvimento na UAR, sendo que mais de 40% dos pacientes apresentam como possível etiologia da doença (PORTER, 2000; GUIMARÃES *et al.*, 2006;). Existe uma grande incidência de UAR em gêmeos monozigóticos, em torno de 90%, em comparação com a prevalência de 60% em gêmeos dizigóticos (ROGERS 1997; PORTER, 2000). É estimado, também, que um indivíduo que possui pais com a doença, tem a probabilidade de 90% de desenvolver UAR; em indivíduos que não apresentam pais com UAR a probabilidade cai para 20% de chance. Além disso, quando o paciente apresenta histórico familiar, estes tendem a desenvolver a doença mais precocemente e de forma mais severa (SCULLY *et al.*, 2003; KOYBASI *et al.*, 2006).

Deficiências nutricionais, tais como, deficiência da vitamina B12, ferro e ácido fólico são duas vezes mais comuns em pacientes com UAR do que em pacientes livres dessa patologia (PORTER, 2000; FRAIHA, 2002). Porém não é esclarecida a forma como a diminuição dos níveis da vitamina vem a causar a UAR (KOYBASI *et al.*, 2006). Em um estudo, foi relatado que pacientes com deficiência vitamínica, após reposição terapêutica, tiveram melhoras significativas de suas lesões (FICARRA, 1997).

Outros fatores: além dos mencionados anteriormente, alterações nos níveis de cálcio, íons e ferritina, deficiência de zinco, estresse, enfermidades cutâneas, alergia, deficiência hematológica, dentre outros, estão envolvidos no desenvolvimento da UAR (NATAH *et al.*, 2004; TOCHE *et al.*, 2007). Com relação à associação entre a bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) e UAR, existem divergências em

estudos; Fritscher (2004) concluiu que não existe associação positiva, já Natah e cols. (2004) obtiveram associação positiva, visto que encontraram o DNA da bactéria em swabs das lesões analisadas e Scully (2003) demonstrou a presença da *H. pylori* em 72% das lesões examinadas.

Diferentes etiologias têm sido descritas numa tentativa de explicar o desenvolvimento da UAR, e muitos estudos são realizados para desvendar a principal causa dessa afecção, mas continua inconclusiva a real etiologia desta doença.

2.3 Características Clínicas

A UAR consiste na perda súbita do tecido normal da mucosa oral, sendo lesões recorrentes, dolorosas e até mesmo incapacitantes, redondas ou ovaladas, com halo eritematoso, que pode acometer vários locais da mucosa oral. Na UAR são descritas três formas clínicas clássicas: menor, maior e herpetiforme, assim classificadas de acordo com o tamanho, a duração e a distribuição das lesões (HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

As UAR tipo menor correspondem a 80% de todos os casos de UAR, manifestando-se através de úlceras circulares, pequenas (geralmente menores que 1 cm), rasas, bordos regulares, doloridas, recobertas por pseudomembrana acinzentada e halo eritematoso periférico. Estas lesões cicatrizam entre 7 e 14 dias sem deixar cicatriz e acometem principalmente mucosas não queratinizadas, particularmente mucosa labial, jugal, assoalho bucal e ventre de língua; raramente atinge gengiva, palato ou dorso de língua (ROGERS, 1977; HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

O tipo maior é de ocorrência rara e de curso mais severo. Representa cerca de 10% a 15% dos casos, distinguindo-se do tipo menor pelo seu tamanho e sintomatologia. Apresenta-se com diâmetro superior a 1 cm, sendo mais profunda, com tempo de reparação podendo estender-se a meses e, frequentemente, deixam cicatrizes. Estas úlceras são circulares ou ovais, muito doloridas e acompanhadas de

linfadenopatia, acometendo principalmente lábios e palato mole (ROGERS, 1977; HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

A forma herpetiforme, mais rara, é caracterizada por múltiplas pequenas úlceras (2 a 3 mm), dolorosas, que podem coalescer formando úlceras maiores e irregulares. Acomete cerca de 5% dos pacientes, com duração de 7 a 30 dias, podendo deixar cicatrizes. Manifesta-se em qualquer região da cavidade oral, não tem predileção por um local específico. A distinção entre lesões com aspecto herpetiforme e o próprio herpes recorrente se faz pela localização e distribuição das ulcerações e, eventualmente, utilizam-se de técnicas de evidenciação ou cultivo de herpes vírus (ROGERS, 1997; HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

Outra classificação da UAR é a aftose simples (cura em 1 a 2 semanas e recorre raramente) e aftose complexa. Esta última apresenta um quadro mais grave, com lesões profundas, dolorosas, grandes e numerosas, sendo que novas lesões se desenvolvem como as antigas (já em fase de cicatrização) e podem estar associadas a lesões genitais ou perianais (ROGERS, 1997).

A evolução da lesão ocorre em quatro estágios principais: prodrômico, pré-ulcerativo, ulcerativo e cicatricial. O estágio I ou prodrômico ocorre nas primeiras 24 horas antes do aparecimento das lesões e caracteriza-se por hiperemia local, formigamento, ardência e dor, sem qualquer manifestação clínica efetiva e que pode passar despercebido por alguns pacientes (ROGERS, 1977; ROGERS, 1997).

O estágio II pode durar entre 18 horas a 3 dias. A sensação dolorosa vai de intensidade moderada a quadros bastante severos. A úlcera se inicia como uma pequena mácula ou pápula eritematosa endurecida. Podem ser únicas ou múltiplas, circulares ou ovais, envolvidas por um halo eritematoso (ROGERS, 1977; ROGERS, 1997).

O estágio III ou ulcerativo tem duração de 1 a 16 dias e são muito dolorosas desde seu início. Clinicamente, as máculas ou pápulas do estágio II se ampliam e ulceram. As lesões são gradativamente recobertas por uma membrana cinza ou amarelada, rodeadas por um

halo eritematoso. Em 2 a 3 dias a dor cessa abruptamente restando um desconforto residual (ROGERS, 1977; ROGERS, 1997).

O estágio cicatricial pode durar de 4 a 35 dias, e se caracteriza por recobrimento da lesão por epitélio e cura da mesma, geralmente, sem deixar cicatriz (ROGERS, 1977; ROGERS, 1997).

2.4 Tratamento

Até o momento, não existe um tratamento específico para a cura da UAR. Ele visa, portanto, o alívio dos sintomas, sendo quatro principais objetivos: controle da dor (redução da morbidade e melhora na função), controle nutricional (permitir adequada alimentação), controle da úlcera (promover a cicatrização e reduzir a duração) e controle da doença (prevenir a recorrência e a reduzir a frequência). O tratamento para a UAR é importante, pois o paciente que é acometido por essa lesão, apresenta alteração das funções orais (comer e deglutir) e dor (SCULLY *et al.*, 1989; PORTER *et al.*, 1991).

Segundo Toche *et al.* (2007) existem inúmeras opções de recursos terapêuticos para UAR como, por exemplo, medicações tópicas, medicações sistêmicas, acompanhamento das lesões, laserterapia e o tratamento da doença sistêmica quando houver.

Dentre os tratamentos medicamentosos que podem ser adotados para o alívio dos sinais e sintomas, temos: anestésicos, antibióticos, anti-inflamatórios, complexos vitamínicos, medicamentos naturais e homeopáticos, que podem ser utilizados tanto de forma tópica, quanto sistêmica. Entretanto, em virtude de a forma tópica ser mais eficiente e mais segura para o paciente, essa se torna a primeira opção de tratamento (GORSKY *et al.*, 2007; RODRIGUEZ *et al.*, 2007).

A escolha do medicamento é fundamentada em alguns critérios, tais como o número e localização das úlceras, a gravidade (local, duração, dor), seus efeitos no paciente, o estado geral do paciente e o uso de medicações concomitantes (RODRIGUEZ *et al.*, 2007; TOCHE *et al.*, 2007).

As soluções orais para bochecho são um dos recursos tópicos utilizados para a redução e controle da dor, no entanto a efetividade do medicamento é momentânea. Essas drogas atuam nos queratinócitos, aumentando a secreção de fator de crescimento endotelial, diminuindo os sinais e sintomas. Como exemplo, temos: os que usam anestésicos (benzocaína e lidocaína), antibióticos (minociclina 0,2% e tetraciclina 0,25%) ou o ácido láctico 5% (SHARQUIE *et al.*, 2006; GORSKY *et al.*, 2007). O uso da clorexidina 0,2% para bochecho ou gel 1% pode diminuir a permanência da úlcera e aumentar o tempo sem dor, em contrapartida podem causar candidíase, perda do paladar e sensação de queimação (TOCHE *et al.*, 2007).

O principal mecanismo, na maior parte dos países, no tratamento da UAR ainda são os anti-inflamatórios utilizados na forma de corticoides tópicos (orabase), que tem a propriedade de produzir uma barreira, protegendo desta forma a lesão. Um composto em orabase disponível é o acetonido de triancinolona, que combinado com corticosteroide forte (fluonamida, clobetasol ou halbetasol) tem ação mais segura. Outra alternativa é o Elixir de Dexametasona (0,5 mg em 5 ml), usada como bochecho ou enxaguatório bucal. Este corticosteroide líquido é útil quando há a dificuldade da aplicação de gel ou pomada sobre as lesões, presença de múltiplas úlceras ou quando estão localizadas no palato mole ou na orofaringe. Outro corticoide que pode ser útil para lesões de difícil alcance (palato mole e orofaringe) é o spray de Dipropionato de Beclometasona (PORTER *et al.*, 1991; GORSKY *et al.*, 2007; TOCHE *et al.*, 2007).

Segundo Toche *et al.* (2007) uma resposta rápida ao tratamento tem sido constatada em paciente HIV+ com UAR severa, tratados com injeção intralesional de acetonido de triancinolona. Essa técnica pode ser utilizada, também, junto com terapia sistêmica com corticosteroide, em casos de UAR maior refratária, já em UAR menores e do tipo herpetiforme este tratamento podem ser uma invasão desnecessária.

Quando a severidade da doença é maior ou, ainda, quando o tratamento tópico não é eficiente, institui-se o tratamento de ação sistêmica (FEMIANO *et al.*, 2007; SHARQUIE *et al.*, 2008; HELLO *et al.*, 2010). Assim sendo, a indicação para o tratamento sistêmico é realizada em casos de UAR resistentes ao tratamento tópico, quando há

múltiplas úlceras, quando a dor é intensa, em quadros de UAR severa, quando a permanência da úlcera é longa e quando não há período de alívio entre um surto e outro. As drogas mais utilizadas são: colchicina, talidomida, dapsona e corticoides (SHARQUIE *et al.*, 2008; MIMURA *et al.*, 2009; HELLO *et al.*, 2010). O uso destes agentes no período prodrômico, pode evitar a formação das úlceras (TOCHE *et al.*, 2007).

Entre as drogas imunossupressoras, a talidomida é a que apresenta maior efetividade no tratamento da UAR. A talidomida é um sedativo hipnótico que atua na inibição da produção do fator de necrose tumoral- α . Foi introduzido no mercado em 1950 e removido de circulação devido seu efeito teratogênico, mas foi reintroduzido no mercado para uso seletivo no manejo de doenças inflamatórias e imuno-mediadas. Entretanto, apresenta inúmeras reações adversas, como: neuropatia, constipação, sedação, neutropenia, rash cutâneo, diminuição da libido e teratogenicidade (LACOSTA *et al.*, 1998; TOCHE *et al.*, 2007).

A colchicina apresenta bons resultados no controle da sintomatologia em alguns pacientes, levando à redução da dor. Entre os efeitos colaterais, estão: diarreia e dor abdominal. Seu uso por tempo prolongado não é indicado, pois induz infertilidade em pacientes jovens. Em alguns casos a associação de colchicina e talidomida trouxeram benefícios no tratamento da UAR (FEMIANO *et al.*, 2007; MIMURA *et al.*, 2009).

Por não causar efeitos colaterais significativos, o tratamento com anti-inflamatórios esteroidais, por curto período de tempo, se torna uma opção viável (MIMURA *et al.*, 2009). A atuação do medicamento ocorre sobre os granulócitos e leucócitos (diminuindo sua função), inibem a fagocitose e proliferação dos fibroblastos, estabilizam a membrana dos lisossomos e mantêm a integridade da membrana celular (QUIJANO *et al.*, 2008). Dentre os corticoides, a prednisona tem sido usada com sucesso há vários anos e tem-se mostrado efetiva no tratamento da UAR, tanto isoladamente quanto associada com corticoides tópicos, injeção intralesional de acetonida de triancinolona e analgésicos (lidocaína gel, anti-inflamatório não esteroide ou narcóticos) (TOCHE *et al.*, 2007).

Estudos apontam que tratamento com suplemento a base de Zinco, tem se mostrado bastante eficaz (SHARQUIE *et al.*, 2008; ORBAK *et al.*, 2003). Sharquie *et al.* (2008) realizaram uma pesquisa em 45 pacientes portadores de UAR e os dividiram em 3 grupos de tratamento (A – sulfato de zinco 100mg 2x ao dia; B – dapsona 50mg 2x ao dia; C – placebo 2x ao dia) e foi constatado que tanto o sulfato de zinco como a dapsona tiveram efeitos terapêuticos significativos, contudo, o sulfato de zinco teve uma ação muito mais rápida e continuada. Orbak *et al.* (2003) avaliaram os efeitos do sulfato de zinco no tratamento da UAR em 40 pacientes, divididos em 2 grupos (1 – sulfato de zinco 220mg 1x ao dia; 2 – placebo 1x ao dia), após 1 mês de tratamento o grupo tratado com sulfato de zinco teve uma redução das ulcerações e elas não reapareceram por um período de 3 meses.

Diante de todas essas formas de tratamento das lesões da UAR, atualmente, o LASER de baixa potência mostra-se como uma das melhores alternativas, pois atua concomitantemente de forma anestésica, analgésica e anti-inflamatória. O LASER também apresenta menos complicações funcionais, comparados com os medicamentos de ação sistêmica, obtendo maior aceitação pelos pacientes e possibilitando menor tempo de tratamento (BISPO, 2009).

Como visto, existe uma gama de tratamentos para a UAR, no entanto, devido às lesões serem de etiologia multifatorial, estabelecer primeiramente suas causas consiste na conduta ideal antes de se iniciar qualquer terapêutica, não visando apenas o alívio dos sintomas, mas a resolução da doença como um todo (TOCHE *et al.*, 2007).

2.5 UAR e o estresse

O estresse é uma manifestação que ocorre quando condições ambientais excedem a capacidade de adaptação dos processos fisiológicos ou psicológicos, sejam nos campos cognitivo, emocional ou comportamental, colocando os indivíduos em situação de risco para o desenvolvimento de doenças (COHEN, WILLIAMSON, 1988).

Segundo Houaiss *et al.* (2001) o termo estresse é utilizado para descrever o estado formado pela percepção de estímulos que geram excitação emocional e, ao perturbar a homeostasia, disparam um processo de adaptação, produzindo manifestações sistêmicas (distúrbios fisiológicos e psicológicos).

Entre os sinais e sintomas mais relatados, estão: musculatura tensa, cefaleia, alterações gastrointestinais, úlceras digestivas, alterações na mucosa (aftas, xerostomia), palpitação, alteração da pressão arterial, sensação de desânimo, desinteresse, infelicidade, angústia, depressão, medo, culpa, raiva, irritação, ansiedade, cansaço, agitação, manifestações dermatológicas e alérgicas, pensamento frequente em problemas, entre outros (LIPP, 2001; RODRIGUES *et al.*, 1992).

Borges *et al.* (2014) avaliaram a relação entre estresse e ansiedade em um grupo de pacientes atendidos no Serviço de Consulta de Estomatologia do Departamento de Estomatologia da Policlínica Universitária “Dr. Carlos J. Finlay”, Colón, no período de janeiro à junho de 2013 que tinham o diagnóstico de UAR. Observaram que a UAR, do tipo menor, foi mais prevalente nas mulheres. A maioria apresentou traços de ansiedade, os quais condicionam estados de ansiedade frente a situações e eventos da vida diária. Concluíram que os pacientes com UAR são mais vulneráveis frente a situações de estresse.

Apesar da controvérsia sobre o papel direto do estresse na etiologia da UAR, parece evidente a associação dessas lesões com alterações do sistema imunológico, e também a relação dessas alterações imunológicas com o mecanismo de estresse. É provável que a existência de uma desregulação do sistema imunológico originada por estresse possa levar ao surgimento da UAR (CURVELO *et al.*, 2008).

O estresse tem sido alvo de muitas pesquisas nos últimos anos. Estudos sobre o seu conceito e suas repercussões sobre a saúde e a qualidade de vida têm demonstrado que a atividade profissional possui papel fundamental na sua formação. O estresse ocupacional ocorre quando há percepção de se ter muitas responsabilidades e poucas possibilidades de decisões e controle (LIPP, 2001).

Inúmeros estudos tem examinado a consequência sobre a saúde física e mental decorrentes de traumas, eventos negativos e estresse

crônico, que atuam substancialmente no bem estar em relação ao gênero, etnia, idade, estado civil e *status* socioeconômico, que podem levar ao dano à saúde impactando na posição do indivíduo frente às situações de vida. A integração das situações de conflito e o processo de estresse contínuo se tornam danosos e podem levar à perda de recursos psicossociais ocasionando doença física, incapacidade e mortalidade (THOITS, 2010).

Os profissionais da área de saúde compõe um dos grupos de maior vulnerabilidade aos efeitos do estresse, em função de algumas características da atividade ocupacional, como o ambiente de trabalho emocionalmente tenso, trabalhar diretamente com o paciente, acompanhamento de situações de dor e sofrimento e longas jornadas de trabalho (PORCU *et al.*, 2001; LIPP, 2001). Diferente de outras profissões, decisões erradas podem agravar a condição do paciente, podendo levar, inclusive, à morte (FIRTH-COZENS *et al.*, 1999).

Os cursos de formação universitária da área da saúde visam uma formação acadêmica a qual prepara o profissional para ingressar no mundo do trabalho. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), do Brasil, para os cursos da área da saúde definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos nas Instituições do Sistema de Ensino Superior, visando um profissional egresso com uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, somado a princípios éticos, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença da população (BRASIL, 2005).

O Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, foi estruturado em concordância com a Resolução nº 3/02 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002).

O Currículo é composto por várias disciplinas, distribuídas em dez semestres, com disciplinas exclusivamente teóricas, que permitem um embasamento científico, outras teórico-práticas laboratoriais, que visam desenvolver no acadêmico, habilidades técnicas necessárias para

a atividade profissional e outras práticas. As atividades práticas em clínica propiciam ao acadêmico, a partir da sexta fase do curso, atendimento a pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) encaminhados pelo Sistema de Regulação (SISREG) (Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, 2010).

As Universidades de Odontologia têm sido reconhecidas como fontes de estresse durante a formação de seus estudantes, o que pode afetar o bem-estar físico e mental nessa população (NEWBURY-BIRCH *et al.*, 2002; RADA *et al.*, 2004). As características da rotina acadêmica, a distância da família, o atendimento clínico, o manejo com pacientes e o excesso de inseguranças contribuem para o surgimento de um estresse ocupacional (HEATH *et al.*, 1999).

Alguns estudos demonstram que os estudantes de Odontologia apresentam sintomas de estresse importantes durante sua formação (NEWBURY-BIRCH *et al.*, 2002). Além disto, são mais ansiosos e exibem mais depressão e transtorno obsessivo-compulsivo do que a população em geral (POLYCHRONOPOULOU *et al.*, 2005).

Nogueira-Martins (2002) aponta que o contato direto de estudantes da área da saúde com outros seres humanos os coloca diante de sua própria vida, saúde ou doença e de seus próprios conflitos e frustrações. Trata-se de um movimento de identificação com o outro, que os coloca em risco de desenvolverem mecanismos rígidos de defesa que podem prejudicá-los, tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. Os primeiros encontros com os pacientes são geralmente associados a incertezas, ansiedades, expectativas e receios por parte dos alunos.

Spiger (2015) avaliou a presença de fatores estressores entre estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC e verificou que os fatores estressores para os estudantes estavam relacionados às diferentes etapas do curso, havendo um aumento no fator estressor conforme progrediam no curso. O maior nível de estresse foi encontrado entre os estudantes que já estavam em atividade clínica.

Uma das causas de ansiedade nos primeiros atendimentos pode estar associada a problemas de autoestima ou amor próprio, temor de

errar e prejudicar o paciente, o que gera uma expectativa do atendimento como um “veredicto” sobre suas capacidades e possibilidades profissionais (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

O ambiente escolar competitivo promove conflitos entre os estudantes e entre estudantes e professores que são potencialmente estressantes e podem levar à exaustão emocional (BALOGUN *et al.*, 1995).

Dentro deste contexto, a odontologia pode ser considerada como uma profissão estressante porque apresenta diversas fontes de estresse, que iniciam na graduação. Em alguns cirurgiões-dentistas, essas fontes podem levar a desordens como a Síndrome de Burnout (SB), a ansiedade e até mesmo a depressão (RADA *et al.*, 2004).

O termo *burnout* tem sido utilizado para designar o estresse contínuo frente a situações de vida. De acordo com Maslach e Jackson (1981), é um fenômeno psicossocial constituído de três dimensões: exaustão emocional, caracterizada por falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos; despersonalização, caracterizada pelo tratamento de pacientes, colegas e organização como objetos e, por último, baixa realização profissional, fenômeno comportamental evidenciado por uma tendência do trabalhador de se auto avaliar de forma negativa, tornando o indivíduo infeliz consigo mesmo e insatisfeito com seu desenvolvimento no trabalho.

Loretto, Martins e Abatayguara (2011) avaliando a síndrome de Burnout (SB) entre alunos de uma Faculdade de Odontologia do sistema público de ensino superior de Pernambuco, entre os anos de 2007 e 2008, observaram que no currículo novo, o número de alunos com SB variou de quatro para cinco entre o 1º e o 2º período. No 3º período, época que corresponde ao ingresso no ciclo profissional, esse número foi fortemente reduzido para apenas um aluno, que corresponde a 80% do número de alunos com SB no 2º período. O número de alunos voltou a se elevar no 4º período, mas no 5º período, nenhum aluno estava com a SB. Embora a estatística inferencial não tenha indicado associação entre as dimensões da SB e o período cursado, a dimensão que mais se aproximou do valor crítico da associação significativa foi a exaustão

emocional, explicada pelos fatores de estresse e caracterizada por falta de energia e entusiasmo, por sensação de esgotamento de recursos a qual pode somar-se o sentimento de frustração e tensão nos alunos, por perceberem que já não tem condições de despender mais energia para o atendimento de suas demandas, como faziam antes.

Estudos fornecem evidência de que a avaliação do estresse por meio de ferramentas válidas e confiáveis é imprescindível para programas de prevenção, diagnóstico e intervenção em relação a esse problema (MACHADO *et al.*, 2015). De acordo com Cohen & Williamson (1988), existem três formas de medir o estresse. A primeira é direcionada à presença de agentes estressores específicos; a segunda, aos sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira, pretende mensurar a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores.

A Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS-14) (COHEN, KAMARCK, MERMELSTEIN, 1983) é um dos instrumentos mais citados na literatura para estimativa do estresse (LEE, 2012). A vantagem de utilização da PSS frente a outros instrumentos está no fato de que os itens desta escala estimam o “grau com que os indivíduos acreditam que sua vida foi imprevisível, incontrollável e sobrecarregada durante o mês anterior à avaliação” (COHEN, WILLIAMSON, 1988).

A Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS-14) (COHEN, KARMACK, MERMELSTEINM, 1983), é um instrumento originalmente unidimensional, composto por 14 itens, sete com sentido positivo (itens 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13, como exemplo: “No mês passado, quantas vezes você lidou com sucesso com os problemas e aborrecimentos do dia a dia?”) e sete negativo (itens 1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14. Exemplo: “No mês passado, quantas vezes você se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes na sua vida?”). As respostas estão organizadas em escala ordinal de cinco pontos, que variam de *nunca* a *muito frequentemente* (COHEN, WILLIAMSON, 1988).

Dias *et al.* (2015), realizaram um estudo com a finalidade de apresentar uma versão em português (Brasil/Portugal, pós-acordo ortográfico) da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) e estimar a

confiabilidade e a validade do instrumento, em suas três versões disponíveis, quando aplicado a estudantes universitárias brasileiras. Participaram 1081 estudantes universitárias (gênero feminino) matriculadas na Faculdade de Ciências Farmacêuticas e na Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista – UNESP, campus de Araraquara, São Paulo, Brasil. Nos estudos de avaliação das características psicométricas, Dias *et al.* (2015), verificaram adequada confiabilidade, estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach, para as três versões do instrumento, bem como, adequada validade de constructo, avaliada por suas vertentes de convergente e divergente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Levantar a prevalência de Úlceras Aftosas Recorrentes em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

3.2 Objetivos Específicos

- Levantar a prevalência de manifestações de UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC;
- Verificar quais os tratamentos já utilizados para o tratamento da UAR por alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC;
- Verificar a influência do estresse nas manifestações de UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

4. METODOLOGIA

4.1 Grupo de Pesquisa

Esta pesquisa está vinculada ao Grupo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Educação Superior – GIPES e buscou conhecer a prevalência de episódios de UAR, quais os tratamentos comumente utilizados e sua relação com o estresse em estudantes do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

4.2 Desenho do Estudo

Estudo quantitativo transversal de caráter coletivo para diagnóstico da relação entre condições estressantes relacionadas a alterações sistêmicas em estudantes do nível superior.

4.3 Amostra

A amostra foi composta por 325 alunos regularmente matriculados no Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, maiores de 18 anos de idade, os quais aceitaram participar do estudo, após convite, explanação sobre os objetivos, metodologia a ser aplicada na pesquisa e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi recrutada em duas fases:

1ª Fase: através de convite e explicações dos objetivos da pesquisa, os alunos foram convidados em sala de aula, sob autorização do professor ministrante, após esclarecimentos sobre os objetivos e da metodologia a ser utilizada nesta pesquisa e posterior assinatura de um

termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE, APÊNDICE 1), responderam a um questionário formulado especialmente para este estudo (APÊNDICE 2), sobre manifestação de UAR, quais os tipos de tratamentos já utilizados e, em seguida, responderam a um questionário sobre estresse (Escala de Estresse Percebido - *Perceived Stress Scale* [PSS-14]; Cohen, Karmack, & Mermelstein, 1983). (ANEXO 1)

Para evitar conflitos de interesse entre os pesquisadores e os objetivos da pesquisa, o convite e aplicação do questionário, não foram realizados em turmas onde o professora orientadora deste trabalho estivesse ministrando aula. Após esta abordagem os resultados foram tabulados no programa EXCEL (Windows 2010) para análise dos dados relacionados à prevalência de UAR, frequência, sintomatologia e tratamentos utilizados.

2ª. Fase: foi selecionada uma amostra composta por todos aqueles que haviam respondido já terem manifestado episódios de UAR, que relataram estarem com a manifestação no momento da primeira coleta de dados e que apresentavam uma frequência de sete, 15 dias à mensal, de modo que fosse possível coletar dados em uma segunda etapa, respeitando o tempo que a pesquisadora tinha para a conclusão do TCC até sua apresentação. Todos os alunos que haviam relatado terem tido manifestações recorrentes de UAR, foram novamente contactados e convidados a preencherem a Escala de Estresse Percebido fora de um período de manifestação da UAR.

4.4 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram condicionados a que os participantes estivessem regularmente matriculados no Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, serem maiores de idade e aceitassem participar deste estudo.

4.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo todos os alunos que não preencheram os critérios de inclusão e aqueles que não aceitaram participar voluntariamente. Também foram excluídos aqueles que não responderam aos questionários de forma completa.

4.6 Procedimentos

Os procedimentos realizados na pesquisa incluíram o preenchimento de um questionário formulado especialmente para este estudo, buscando informações sobre manifestações de UAR, frequência, tempo de duração das lesões, sintomatologia e tratamentos utilizados.

Em seguida foi aplicado o questionário Escala de Estresse Percebida (*Perceived Stress Scale – PSS-14*) de Cohen, Kamarck & Mermelstein (1983) (Anexo 1), o qual é um instrumento breve que apresenta características psicométricas adequadas, podendo trazer vantagens em relação a instrumentos mais extensos. Vale ressaltar, contudo, que a PSS-14 não se constitui um instrumento diagnóstico de estresse relacionado a qualquer outro contexto, mas é uma medida genérica de níveis de estresse percebido, de maneira que não são avaliadas as fontes causadoras de estresse.

A segunda etapa do estudo foi a avaliação do nível de estresse dos participantes, considerando-se uma amostra compondo três grupos:

Grupo I – Constituiu o Grupo Controle. Foi composto por representantes de todas as fases do Curso, que responderam nunca terem tido manifestação de UAR (n=80), os quais responderam à Escala SSP-14.

Grupo II – foram incluídos todos os participantes que responderam à Escala SSP-14 (n=25) no momento em que apresentavam manifestação de UAR.

Grupo III – composto por participantes que responderam à Escala SSP-14 em um momento sem manifestação da UAR (n=49).

Devido ao baixo número de respostas ao questionário de estresse percebido na 2ª Fase da pesquisa a comparação do nível de estresse com a UAR no mesmo indivíduo em momentos distintos não foi possível. Dessa forma, a comparação foi realizada com integrantes que compuseram o Grupo II e o Grupo III.

4.7 Riscos

O risco desse estudo envolveu o tempo e desconforto necessários para o preenchimento dos questionários. Os pesquisadores buscaram garantir aos participantes da pesquisa a manutenção do sigilo de sua identificação pessoal através da utilização de um código de identificação para cada participante. Todos os questionários estão sob a guarda da pesquisadora, em arquivo pessoal, os quais serão mantidos até o término da pesquisa e a divulgação dos resultados, conforme preconizado na Resolução CNS/466/12.

4.8 Benefícios

Os benefícios foram o diagnóstico das lesões de UAR e identificação do nível de estresse apresentados pelos participantes buscando-se, em contato com a Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC alguma forma de minimizar o estresse nas fases em que este se tornar mais evidente. Os participantes que apresentarem UAR durante o período da pesquisa, embora tenham sido orientados, não procuraram a pesquisadora ou a orientadora para tratamento nas Clínicas do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC.

4.9 Análise dos Resultados

Os resultados foram tabulados em banco de dados e analisados através de testes do Q^2 de Pearson para análise entre o desfecho e variáveis exploratórias, pelo programa STATA 9.2. As frequências absolutas foram distribuídas em tabelas de contingência. Foram considerados: Manifestação de UAR na amostra total e em relação ao gênero; Período de recorrência da manifestação de UAR; Período de duração da manifestação da UAR; Presença de sintomatologia durante a manifestação de UAR; Tratamentos utilizados no período da manifestação da UAR.

O estresse foi avaliado a partir da Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS 14). (COHEN, KARMACK, MERMELSTEINM, 1983). Essa escala é composta por 14 perguntas relacionadas à forma dos indivíduos enfrentarem diferentes situações da vida cotidiana. As questões estão divididas em sete itens com sentido positivo (perguntas 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) e sete itens com sentido negativo (1, 2, 3, 8, 11, 12 e 14). (COHEN, WILLIAMSON, 1988).

As respostas são classificadas em nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre, recebendo a seguinte pontuação: para os itens negativos nunca = 0; quase nunca = 1; às vezes = 2; quase sempre = 3 e sempre = 4. Para classificação do indivíduo segundo o nível de estresse percebido deve-se obter o escore dos itens de sentido positivo, invertendo as respostas, onde teríamos nunca = 4; quase nunca = 3; às vezes = 2; quase sempre = 1 e sempre = 0. Em seguida foram somados todos os escores e, também, os valores positivos e os valores negativos separadamente. Foi, então, estabelecido o percentual dos valores negativos em relação ao escore total. De acordo com Dias *et al.* (2015) valores acima do percentual de 75 devem ser considerados indicativos de alto nível de estresse.

Foram considerados os níveis de estresse de acordo com o percentual de respostas negativas em relação ao escore total, classificando-se em:

Nível de Estresse Baixo = quando o balanço entre respostas positivas e negativas estivesse num nível percentual entre 0 e 50%, representando que o indivíduo consegue lidar bem com as situações estressantes da vida.

Nível de Estresse Moderado = quando a relação entre as respostas positivas e negativas estivesse num nível percentual de respostas negativas entre 51% e 75%, indicando que o indivíduo tem algumas dificuldades em lidar com as situações estressantes.

Nível de Estresse Alto = quando o balanço entre as respostas positivas e negativas estivesse num nível percentual de respostas negativas acima de 75%, indicando que o indivíduo tem muita dificuldade em lidar com as situações estressantes.

A análise dos resultados da Escala de Estresse Percebido (PSS-14) foi realizada segundo os critérios determinados pelos autores. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher.

4.10 Aspectos Éticos

O projeto que deu origem a esse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina – HEMOSC, através do Parecer Consubstanciado número 1.038.152, de 02 de março de 2015. (ANEXO 2).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PREVALÊNCIA DE UAR NA AMOSTRA

Participaram desse estudo 325 alunos, representando 65% do total de alunos ($n = 500$) regularmente matriculados no Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, os quais aceitaram participar voluntariamente, após convite da pesquisadora principal, em sala de aula, dando sua anuência no TCLE, respondendo ao Questionário e à Escala de Estresse Percebido (SSP 14).

Os participantes representaram todas as fases do Curso, assim distribuídos: 1^a Fase ($n = 35$), 2^a Fase ($n = 31$), 3^a Fase ($n = 40$), 4^a Fase ($n = 28$), 5^a Fase ($n = 38$), 6^a Fase ($n = 30$), 7^a Fase ($n = 16$), 8^a Fase ($n = 36$), 9^a Fase ($n = 38$), 10^a Fase ($n = 33$).

Na tabela 1 encontram-se os dados relativos à frequência da UAR na amostra total estudada.

Tabela 1 – Prevalência da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.

Manifestação da UAR	Frequência	%
Não	264	81,23
Sim	61	18,77
Total	325	100,00

Utilizando o critério de Scully *et al.* (2003) foram considerados portadores de UAR todos aqueles que relataram terem manifestações quinzenais ou mensais ($n = 61$). Os participantes que relataram manifestação de ulcerações com uma frequência semestral ou anual ($n = 184$), foram considerados não portadores de UAR, sendo somados aqueles sem relato de manifestação da UAR ($n = 264$).

A análise dos resultados no grupo total ($n = 325$) evidenciou uma prevalência de manifestações da UAR de 18,77% ($n = 61$) onde 81,23% ($n = 264$) foram considerados não portadores de UAR. (Tabela 1). Esses dados estão de acordo com aqueles encontrados por Ramos-e-Silva *et al.* (2006) os quais citam que a prevalência da UAR varia entre 5% e 66%, com média de 30% entre a população geral.

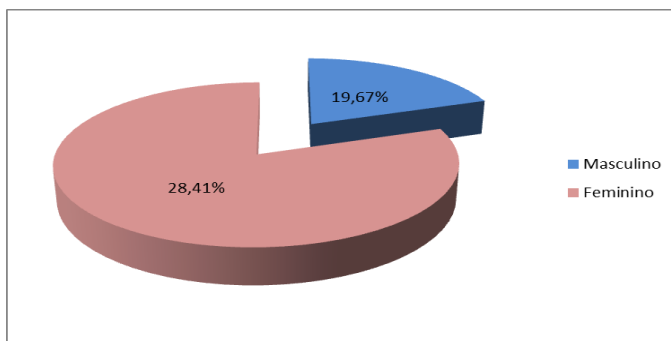
Em relação à proporção entre as variáveis ter manifestação de UAR ($n = 61$) e estar com manifestação da UAR no primeiro momento de aplicação da Escala de Estresse Percebido (SSP-14) houve forte associação quanto à manifestação da UAR na população estudada (Pearson $Q^2 = 0.000$) os dados podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2 – Proporção entre as variáveis ter manifestação de UAR e estar com manifestação da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.

Manifestação da UAR	Frequência	%
Presente		
Não	40	65,57
Sim	21	34,43
Total	61	100,00

Entre aqueles que responderam já terem tido manifestado UAR ($n = 61$) foi levantada a prevalência em relação ao gênero, conforme demonstrado no Gráfico 1.

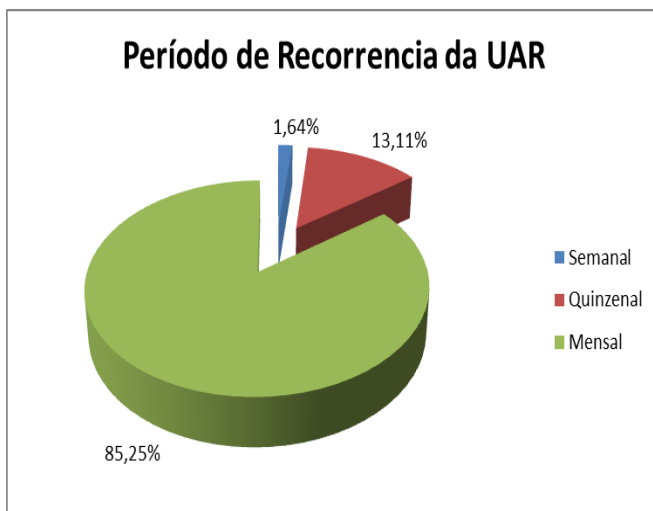
Gráfico 1 – Prevalência da manifestação da UAR de acordo com o gênero em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.



Do total de participantes na amostra ($n = 325$) estudada, 26,77% ($n = 87$) eram do gênero masculino, dos quais 19,67% ($n = 12$) relataram ter manifestação de UAR, enquanto 73,23% ($n = 238$) eram do gênero feminino com 28,41% ($n = 49$) com relato de manifestação de UAR. Não houve diferença entre a prevalência de manifestação da UAR em relação ao gênero (Pearson $Q^2 = 0.165$), discordando de Ramos-e-Silva *et al.* (2006), que citam que a UAR é mais frequente no gênero feminino, em torno de 55%, em relação ao gênero masculino.

De acordo com a frequência da manifestação da UAR foram considerados os períodos de manifestações semanais, quinzenais ou mensais com associação positiva entre as variáveis tempo de duração e manifestação da UAR (Pearson $Q^2 = 0,000$), conforme apresentado na Gráfico 2.

Gráfico 2 – Frequência da manifestação da UAR, de acordo com o período de recorrência, em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.



Na amostra estudada ($n = 61$), a maioria dos participantes ($n = 51$) portadores de UAR (85,25%) apresentou manifestação mensal, quando comparada à manifestação quinzenal (13,11%, $n = 8$) ou semanal (1,64%, $n = 1$). De acordo com Scully *et al.* (2003) o diagnóstico da UAR se dá pela história e pelas manifestações clínicas da doença, não existindo exames laboratoriais específicos, sendo considerados portadores aqueles com manifestações quinzenais ou mensais, sem outras doenças sistêmicas concomitantes.

A presença de sintomatologia, durante as manifestações da UAR, foi agrupada de acordo com a abrangência do sintoma, considerando-se: Desconforto Local (dor e ardência), Disfunção (dificuldade na alimentação, deglutição e fala), Sintomas Gerais (mal estar geral, febre, linfadenopatia). (Tabela 3)

Tabela 3 – Frequência da sintomatologia da manifestação da UAR, em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.

Presença de Sintoma	Sintomatologia		
	Desconforto Local	Disfunção	Sintomas Gerais
Sim	60 (98,36%)	24 (39,34%)	11 (18,03%)
Não	1 (1,64%)	37 (60,66%)	50 (81,97%)
Total	61 (100%)	61 (100%)	61 (100%)

Nesse estudo foi encontrada forte associação entre as variáveis manifestação da UAR e presença de sintomatologia (Pearson $Q^2 = 0.000$). Alguns participantes relataram mais de uma sintomatologia associada durante os períodos de manifestação da UAR. A sintomatologia mais frequente foi desconforto local, relatado por 98,36% dos portadores de UAR ($n = 60$). Estudos têm demonstrado que a sintomatologia da UAR é variável, desde sintomas brandos até condições incapacitantes (HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013). De acordo com Rogers (1977) pode passar por vários estágios, com sintomatologia muito dolorosa desde seu início. Em 2 a 3 dias a dor cessa abruptamente restando um desconforto residual.

Alguns portadores ainda podem apresentar alteração das funções orais (comer e deglutir) e dor (SCULLY *et al.*, 1989; PORTER *et al.*, 1991). A disfunção foi citada por 39,34% ($n = 24$) dos participantes, sendo mais frequentemente relatada entre os participantes do gênero masculino (42%) em relação ao gênero feminino (39%).

Sintomas gerais foram citados por apenas 18,03% ($n = 11$) dos participantes, um pouco acima daquela citada pela literatura. A sintomatologia sistêmica, tal como a linfadenopatia, tem sido citada nos casos de UAR do tipo maior, de ocorrência rara e de curso mais severo, representando cerca de 10% a 15% dos casos. (ROGERS, 1977; HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

Foram considerados tempos de duração da manifestação da UAR os períodos de uma semana (de um a sete dias), até 10 dias e até 14 dias. (Tabela 4)

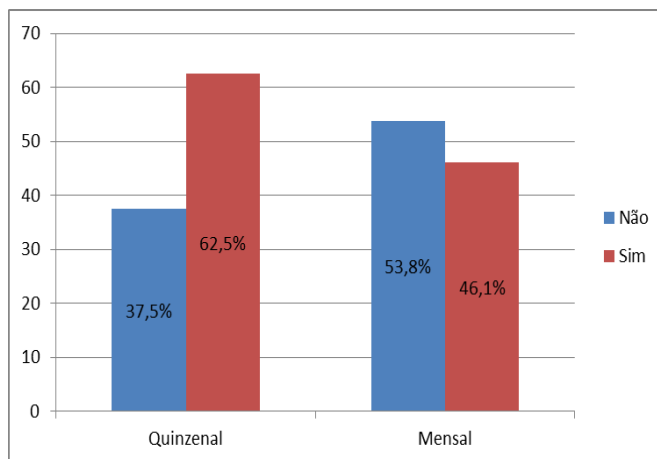
Tabela 4 – Duração das manifestações da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, 2015.

Duração da UAR	Frequência	%
Uma semana	50	81,97
Até 10 dias	5	8,20
Até 14 dias	6	9,83
Total	61	100,00

De acordo com os dados levantados, o tempo de duração da manifestação da UAR, pelo período de uma semana foi o mais frequentemente reportado por 81,97% ($n = 50$) dos participantes, seguido por 9,83% ($n = 6$) que relataram tempo de 14 dias e 8,20% ($n = 5$) que relataram uma duração de até 10 dias, com associação positiva quanto a variável tempo de duração da manifestação da UAR (Pearson $Q^2 = 0.000$). Estes dados estão de acordo com a literatura consultada, de que a UAR do tipo menor, que correspondem a 80% de todos os casos de UAR, cicatrizam entre 7 e 14 dias sem deixar cicatriz (ROGERS, 1977; HIRIATA *et al.*, 2009; COSTA *et al.*, 2013).

A utilização de tratamentos foi associada com a frequência da manifestação da UAR, onde os participantes que apresentavam recorrência quinzenal relataram utilizar mais recursos terapêuticos para controle da manifestação da UAR do que aqueles que apresentavam recorrência mensal (Gráfico 3).

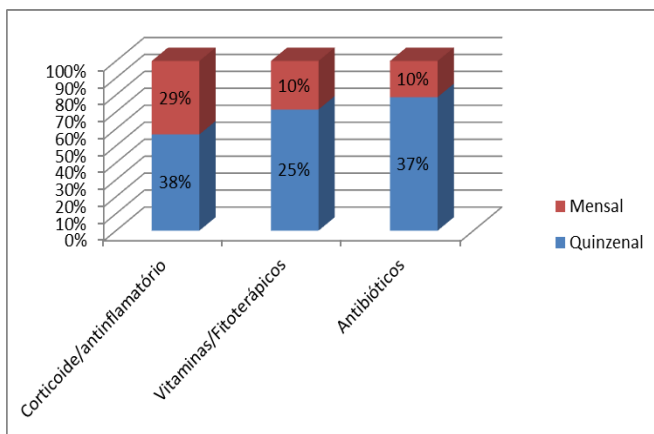
Gráfico 3 – Tratamentos para controle das manifestações da UAR, de acordo com o período de recorrência, utilizados por alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.



Segundo Toche *et al.* (2007) existem inúmeras opções de recursos terapêuticos para UAR como, por exemplo, medicações tópicas, medicações sistêmicas, acompanhamento das lesões e laserterapia.

Os participantes foram questionados quanto aos tratamentos já utilizados para controle das manifestações da UAR. Os tipos de tratamento citados pelos participantes foram agrupados de acordo com a ação dos medicamentos em: Corticoides/Anti-inflamatórios, Complexos vitamínicos/outros (fitoterápicos, enxaguatórios bucais, cauterizantes), Antibióticos e Laserterapia. (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Tratamentos utilizados de acordo com o período de recorrência das manifestações da UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.



De acordo com a literatura, não existe um tratamento específico para a cura da UAR e os tratamentos utilizados visam o alívio dos sintomas, tais como, controle da dor, permitir adequada alimentação, promover a cicatrização, reduzir a duração, prevenir a recorrência e reduzir a frequência (SCULLY *et al.*, 1989; PORTER *et al.*, 1991).

Considerando-se o gênero em relação ao tratamento da manifestação de UAR, os resultados apontaram que 57,14% ($n = 28$) dos participantes do gênero feminino ($n = 49$) realizavam tratamento para alívio dos sintomas durante a manifestação da UAR, enquanto apenas 16,66% ($n = 2$) do gênero masculino ($n = 12$) relataram uso de tratamentos nos períodos de manifestação da UAR. (Pearson $Q^2 = 0.040$).

Dentre os tratamentos citados, o mais frequente foi a utilização de corticoides ou anti-inflamatórios de uso tópico, citado por 38% dos que tinham recorrência quinzenal e 29% daqueles com recorrência mensal. Os corticoides tópicos em orabase têm a propriedade de produzir uma barreira, protegendo desta forma a lesão (PORTER *et al.*,

1991; GORSKY *et al.*, 2007; TOCHE *et al.*, 2007). Estes medicamentos têm como princípio de ação a redução do processo inflamatório e, conseqüentemente, a dor, o que está diretamente relacionado com a sintomatologia dolorosa, citada por 98,36% dos participantes (Pearson $Q^2 = 0.000$).

A utilização de antibióticos tópicos foi citada por 37% dos que tinham recorrência quinzenal e apenas 10% daqueles com recorrência mensal. Alguns estudos têm apontado o uso de antibióticos associados para tratamento da UAR com redução do tempo de permanência da úlcera e aumento do tempo sem a lesão (SHARQUIE *et al.*, 2006; GORSKY *et al.*, 2007).

Conforme citado na literatura consultada, a etiologia da UAR ainda é desconhecida, sendo classificada como multifatorial, na qual componentes genéticos, microbiológicos e imunológicos concorrem simultaneamente ou sequencialmente para o surgimento e evolução das lesões ulcerativas. (HIRIATA *et al.*, 2009), não havendo fatores histopatológicos específicos das úlceras, bem como a ausência de alguma causa endógena ou exógena que tenha sido identificada reproduzidamente (VINCENT *et al.*, 1992; CHERUBINI *et al.*, 2006).

Sendo a UAR uma lesão inflamatória dos tecidos, entende-se que antibióticos deveriam ser utilizados somente frente a um processo infeccioso associado. Conforme citado por Toche *et al.* (2007) bochechos com tetraciclina podem reduzir a dor, no entanto, podem apresentar como efeitos colaterais adversos candidíase, perda do paladar e sensação de queimação.

A utilização de outros medicamentos, tais como, complexos vitamínicos contendo zinco, fitoterápicos (malva, camomila, aloe vera) na forma de chá, suspensão ou pomada ou, ainda, enxaguatórios bucais disponíveis no mercado, foi citada por 25% dos que tinham recorrência quinzenal e apenas 10% daqueles com recorrência mensal. Alguns estudos apontam que tratamento com suplemento a base de Zinco, tem se mostrado bastante eficaz (SHARQUIE *et al.*, 2008; ORBAK *et al.*, 2003), além de uma ação muito mais rápida e continuada, proporcionam redução das aftas por um período de até 3 meses. (SHARQUIE *et al.*, 2008)

Outros estudos têm avaliado o uso de soluções orais para bochecho como um dos recursos tópicos utilizados para a redução e controle da dor, no entanto, tem demonstrado que a efetividade do medicamento é momentânea. (SHARQUIE *et al.*, 2006; GORSKY *et al.*, 2007).

O LASER de baixa potência tem se mostrado como uma das melhores alternativas, atuando concomitantemente de forma anestésica, analgésica e anti-inflamatória, sem efeitos tóxicos ao paciente quando comparados com os medicamentos de ação sistêmica, obtendo maior aceitação pelos pacientes e possibilitando menor tempo de tratamento. (BISPO, 2009). No entanto, ainda não é um recurso amplamente disponível para o tratamento. Nesse estudo, nenhum dos portadores de UAR relatou ter utilizado esse recurso terapêutico.

5.2 NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO NA AMOSTRA ESTUDADA

Embora seja controverso o papel direto do estresse na etiologia das UAR, parece evidente a associação dessas lesões com alterações do sistema imunológico, e também a relação dessas alterações imunológicas com o mecanismo de estresse. É provável que a existência de uma desregulação do sistema imunológico originada por estresse possa levar ao surgimento da UAR (CURVELO *et. al*, 2008), assim como, maior vulnerabilidade frente a situações de estresse em pacientes com UAR (BORGES *et al.*, 2014).

Para avaliar o nível de estresse na população estudada, os participantes foram divididos em três grupos, representando todas as fases do curso, conforme segue:

Grupo I – Grupo controle, foram incluídos apenas os participantes que relataram nunca terem tido qualquer manifestação de UAR. De 82 questionários respondidos, 2 foram excluídos por preenchimento incompleto (n = 80).

Grupo II – Composto pelos participantes que relataram terem manifestação de UAR semanal, quinzenal ou mensal, os quais responderam à Escala SSP-14 no momento em que apresentavam ulcerações aftosas (n = 25).

Grupo III - Composto pelos participantes que relataram terem manifestação de UAR semanal, quinzenal ou mensal, os quais responderam à Escala SSP-14 em momento em que não apresentavam ulcerações aftosas. Do total de 50 escalas respondidas, uma foi excluída por preenchimento incorreto da escala SSP-14 (n = 49).

No Grupo I os escores totais da Escala SSP-14 variaram de 13 a 45 pontos (média 27,62). O percentual das respostas negativas para a classificação do nível de estresse variou de 40,54% a 86,33% (média 57,43%).

No Grupo II os escores totais da Escala SSP-14 variaram de 14 a 44 pontos (média 29,24). O percentual das respostas negativas variou de 37,50% a 85,71% (média 57,89%).

Para o Grupo III o valor dos escores totais da Escala SSP-14 variou de 5 a 47 pontos (média 29,51). O percentual das respostas negativas variou de 33,33% a 100% (média 56,11%).

Não foi possível fazer a comparação entre os mesmos indivíduos, em momento com UAR e outro momento sem UAR, devido ao baixo número de respostas na segunda etapa. Dessa forma, os grupos I e II foram estratificados de acordo com o momento de estar ou não com manifestação de UAR.

Para a análise estatística foi utilizado o Teste Exato de Fisher não havendo associação no nível de estresse entre os grupos para o nível de estresse baixo ($p = 0.1495$) e moderado ($p = 0.163$). O teste do Q^2 de Pearson, também não mostrou associação entre os níveis de estresse baixo e moderado entre os grupos I e II ($p = 0.163$). O nível de estresse alto foi representado por um número muito pequeno da amostra (n = 4) distribuído nos três grupos, não apresentando significância estatística. Dessa forma os dados estão expressos em proporções (Tabela 5).

Tabela 5 – Nível de estresse percebido em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.

NÍVEL ESTRESSE	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
BAIXO	14 (17,5%)	4 (16%)	15 (30,6%)
MODERADO	64 (80%)	20 (80%)	33 (67,4%)
ALTO	2 (2,5%)	1 (4%)	1 (2%)
TOTAL	80 (100%)	25 (100%)	49 (100%)

Na distribuição da amostra total (n = 154), selecionada para a avaliação do nível de estresse percebido, pode ser observado que o nível moderado foi o mais prevalente em todos os três grupos, com um maior percentual entre os participantes do Grupo I (80%) e do Grupo II (80%), seguida pelo Grupo III (67,4%), sem diferença estatística entre os grupos.

Nível de estresse percebido considerado baixo foi mais frequente entre os participantes do Grupo III (30,6%), não havendo diferença entre os grupos I (17,5%) e II (16%).

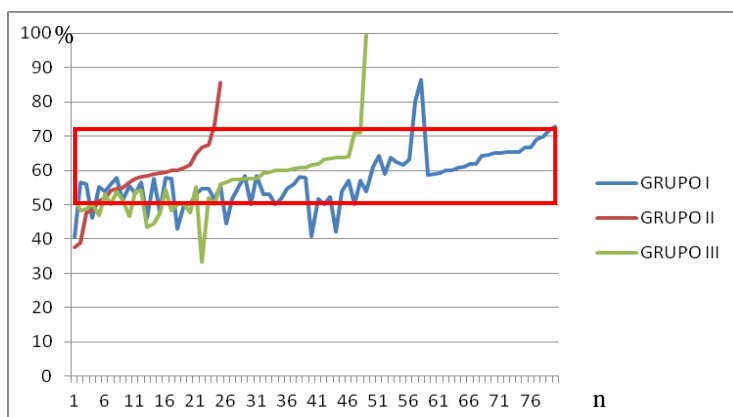
Os cursos da área da saúde têm sido associados com níveis de estresse elevados devido às exigências decorrentes da estruturação do curso, competitividade, conflitos, atividades práticas em contato direto com pacientes, insegurança, temor de errar e prejudicar o paciente, expectativa do atendimento em relação às capacidades e possibilidades profissionais (SPIGER, 2015; NOGUEIRA-MARTINS, 2002; BALOGUN *et al.*, 1995).

Loretto, Martins e Abatayguara (2011) também observaram que os níveis de estresse estavam relacionados com a demanda do curso, especialmente a partir do ciclo profissionalizante e à dificuldade em conciliar estudo com as demandas pessoais do estudante.

Embora os níveis de estresse apresentados pela amostra tenham sido classificados dentro de uma faixa de estresse moderado (51% a 75%), convém ressaltar que o estresse contínuo frente a situações de vida, podem levar o indivíduo a se auto avaliar de forma negativa, tornando-o infeliz consigo mesmo e insatisfeito com seu desenvolvimento no trabalho (MASLACH e JACKSON, 1981).

O Gráfico 5 apresenta a distribuição dos grupos de acordo com o percentual de respostas negativas, as quais geraram a classificação do nível de estresse para os diferentes grupos.

Gráfico 5 – Percentual de respostas negativas para a Escala SSP-14 e distribuição dos participantes de acordo com o nível de estresse, por grupo. Curso de Graduação em Odontologia da UFSC. 2015.



Observa-se no Gráfico 5 que a distribuição do Grupo I – grupo controle (n = 80), apresentou nível de estresse predominantemente moderado, com variação dentro dos participantes, estando a maioria com pontuações percentuais entre 51,21% e 72,72% (n = 64). Os participantes do Grupo II (n = 25), grupo com manifestação de UAR, mostrou maior variação na distribuição dos níveis de estresse, com maior distribuição entre 51,16% a 73,33% (n = 20). O Grupo III (n = 49), grupo com manifestação de UAR e sem manifestação de UAR no

momento de resposta à escala SSP-14, também foi variável, onde a maioria ficou entre níveis de 51,42% a 70,96% (n = 33).

Observa-se nos Grupos II e III (Gráfico 5) que houve uma distribuição mais variável dentro do próprio nível de estresse, indicando que alguns estudantes podem chegar a níveis de estresse mais elevados, dependendo de seus recursos pessoais de enfrentamento frente a situações frustrantes ou estressantes.

O estresse crônico também pode levar ao dano à saúde, impactando na posição do indivíduo frente às situações de vida, tais como, perda de recursos psicossociais, ocasionando doença física, incapacidade e mortalidade (THOITS, 2010).

Os dados gerais não permitiram estabelecer diferença entre os níveis de estresse dos participantes e as fases do curso, dado o pequeno número da amostra dos Grupos II e III.

Os resultados obtidos nesse estudo indicam que os alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC apresentam um nível de estresse percebido moderado, conforme apontado por Spiger (2015) em estudo com o mesmo grupo de alunos, onde observou que fatores estressores estão presentes em todas as fases do curso, com intensidades entre levemente e moderadamente estressantes. Observou, também, que o maior nível de estresse foi encontrado entre os estudantes que já estavam em atividade clínica.

A partir dos dados obtidos nesse estudo, sugere-se que a estruturação do Curso de Graduação da UFSC pode levar a maioria dos estudantes a desenvolver níveis moderados de estresse.

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesse estudo demonstraram que a prevalência de UAR na população estudada foi de 18,77% da amostra total, sem diferença entre os gêneros.

A maior taxa de recorrência apontada foi de períodos mensais, relatada por 85,25%. A sintomatologia mais relatada foi a sintomatologia local (dor/ardência), descrita por 98,36%.

Dentre os tratamentos utilizados, os corticoides e antiinflamatórios foram os mais citados. Tratamento esteve diretamente relacionado com o período de recorrência e os participantes do gênero feminino foram os que mais utilizaram recursos terapêuticos para alívio dos sintomas durante a manifestação da UAR.

A maioria dos participantes apontou um nível de estresse percebido considerado moderado, não havendo diferenças entre os três grupos avaliados, indicando não haver uma relação entre manifestação de UAR e nível de estresse associado.

A partir dos dados obtidos nesse estudo, sugere-se que a estruturação do Curso de Graduação da UFSC pode levar a maioria dos estudantes a desenvolver níveis moderados de estresse. Este estudo não avaliou os possíveis fatores estressores, mas os dados evidenciaram que a maioria dos estudantes apresentou um nível de estresse moderado, indicando que os alunos possuem algumas dificuldades para enfrentar os desafios impostos pelo curso.

Sugere-se que estudos longitudinais, de acompanhamento dos estudantes ao longo do curso, que possam avaliar os diferentes desafios, fatores estressores e níveis de estresse possam contribuir para melhorar a estrutura do curso. Sugerem-se também novos estudos sobre a relação da UAR e o estresse, a fim de avaliar o mesmo participante em dois momentos distintos (com UAR e sem UAR) e assim fazer uma comparação interindivíduo.

REFERÊNCIAS

BALOGUN, J.; HELGEMOE, S.; PELEGRINI, E.; HOEBERLEIN, T. Test-retest reability of a psychometric instrument designed to measure physical therapy student's burnout. **Perceptual and Motor Skill**. V. 81, p. 667-672, 1995.

BISPO L.B. A nova tecnologia do laser terapêutico no controle da dor. **Revista Brasileira Odontologia**, v.66, p. 107-111, 2009.

BORGES E.T.T.B.; ABREU J. M.; SUÁREZ E. P., LÓPEZ N.I.; ORTEGA A.R. Recurrent aphthous stomatitis and stress situation as risk factors. *Revista Médica Eletrônica*, v 36, n. 6, 2014.

BORGES, A. M. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. *Aletheia*, n. 19, jun. 2004.

BRASIL, **Resolução CNE/CES 3/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf. Acesso em 03/08/2015.

BRASIL, BRASIL, **RESOLUÇÃO Nº 350, DE 09 DE JUNHO DE 2005**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde.

CHERUBINI, K. *et al.* Association between recurrent aphthous stomatitis and salivary thiocyanate levels. **J Oral Science**, v. 48, n. 3, p. 153-6, 2006.

COHEN S.; KARMACK T.; MERMELSTEIN R. A global measure of perceived stress. **J Health Soc Behav**, v. 24, n. 4, p. 385-96, 1983.

COHEN S.; WILLIAMSOM G.M. Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In: Spacapan S, Oskamp S. **The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on applied social psychology**. Newbury Park, CA: Sage; 1988.

COSTA, G. B. F. *et al.* Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente – revisão de literatura. **Rev. Medicina FMRP**, v. 46, n. 1, 2013.

CURVELO J.A.R.; FERREIRA D.C.; CARVALHO F.C.R.; JANINI M.E.R. Úlceras Aftosas Recorrentes e sua possível associação ao estresse. **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v.7, n.1, p. 67-75, jan./abr. 2008.

DIAS, J.C.R.; SILVA, WW.R.; MAROCO, J.; CAMPOS, J.A.D.B. Escala de Estresse Percebido Aplicada a Estudantes Universitárias: Estudo de Validação. **Sychology, Community and Health**. V. 14, n. 1, 2015.

FÁVARO, D.M. Ulceração aftosa recorrente em crianças: Revisão I. Classificação, aspectos clínicos, epidemiologia e etiologia. **Rev. Clin. Pesq. Odontol.**, v. 1, n. 1, p. 11-7, 2004.

FEMIANO F.; LANZA A.; BUONAIUTO C.; GOMBOS F.; NUNZIATA M.; PICCOLO S., *et al.* Guidelines for diagnosis and management of aphthous stomatitis. **Pediatr Infect Dis J**, v. 26, p. 728-32, 2007.

FICARRA G. Oral ulcers in HIV – infected patients: na update on epidemiology and diagnosis. **Oral Disease**, v. 1, p. 183-9, 1997.

FIRTH-COZENS J.; PAYNE R. Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions. **Chichester**, New York: Wiley, 1999.

FRAIHA, P.M. *et al.* Recurrent aphthous stomatitis: Bibliografic review. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v. 68, n. 4, p. 571-8, 2002.

FRITSCHER, A.M.G. *et al.* Association between *Helicobacter pylori* and recurrent aphthous stomatitis in children and adolescents. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 33, n. 3, p. 129-32, 2004.

GORSKY M.; EPSTEIN J.; RABENSTEIN S.; ELISHOOV H.; YAROM N. Topical minocycline and tetracycline rinses in treatment of recurrent aphthous stomatitis: a randomized cross-over study. **Dermatol Online J.**, v. 13, 2007.

GUIMARAES, A.L.S. *et al.* Association of interleukin-1 polymorphism with recurrent aphthous stomatitis in Brazilian individuals. **Oral Dis.**, v. 12, n. 6, p. 580-3, 2006.

HELLO M.; BARBAROT S.; BASTUJI-GARIN S.; REVUZ J.; CHOSIDOW O. Use of thalidomide for severe recurrent aphthous stomatitis: a multicenter cohort analysis. **Medicine (Baltimore)**, v. 89, p. 176-82, 2010.

HEATH J. R.; MACFARLANE T. V.; UMAR M. S. Perceived sources of stress in dental students. **Dent Update**, v. 26, n. 3, p. 94-8, 100, Apr 1999.

HIRIATA, C. H. W. *et al.* Ulceração aftosa recorrente no ambulatório de estomatologia da UNIFESP. **Edit. Moreira Jr.**, p. 125-31, 2009.

HOUAISS A.; VILLAR M.S.; FRANCO F.M. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, 1ª edição, 2001, p 1264.

KOYBASI, S. *et al.* Recurrent aphthous stomatitis: investigation of possible etiologic factors. **Am. J. Otolaryngol.**, v. 27, n. 4, p. 229-32, 2006.

LACOSTA N.J.L.; MARTINEZ I.J.C. Treatment of recurrent aphthous stomatitis: a bibliographic review. **Rev. Clin. Esp.**, v. 198, n. 4, p. 234-36, 1998.

LEE, E.-H. Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. **Asian Nursing Research**, v. 6, n. 4, p. 4121-127. 2012.

LIPP M.E.N. Stress: conceitos básicos. **Pesquisa sobre estresse no Brasil**. Campinas: Papirus, 2001.

LORETTO, N. R. M.; MARTINS, I. A. de F.; ABATAYGUARA, M. M. F. Burnout em estudantes de odontologia: coorte comparativa de dois modelos curriculares. **Odontol. Clín.-Cient.** V. 10, n. 2, p. 147-152, abr./jun., Recife, 2011.

LUFT, C Di B; SANCHES S.O.; MAZO G.Z.; ANDRADE A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-15, 2007.

MACHADO W.L.; DAMÁSIO B.F.; BORSA J.C.; SILVA J.P. da. Dimensionalidade da Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS-10) em uma Amostra de Professores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. V. 27, n. 1, p. 38-43, 2014.

MASLACH, C. Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. **J. Occup. Behav.** V. 2, p. 99-113. 1981.

MILLER, M.F. *et al.* The inheritance of recurrent aphthous stomatitis: observations on susceptibility. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 49, n. 5, p. 409-12, 1980.

MIMURA M.A.M.; HIROTA S.K.; SUGAYA N.N.; SANCHES Jr J.A.; MIGLIARI D.A. Systemic treatment in severe cases of recurrent aphthous stomatitis: na open trial. **Clinics**, v. 64, p. 193-8, 2009.

NATAH, S.S. *et al.* Recurrent aphthous ulcers today: a review of the growing knowledge. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 33, n. 3, p. 221-34, 2004.

NEWBURY-BIRCH D.; LOWRY R.J.; KAMALI F. Drink, drugs and depression in dental students. **British Dental Journal**. v.192, n.11, p.646-649, 2002.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. (2002). **Humanização das relações assistenciais: A formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ORBAK R.; CICEK Y.; TEZEL A.; DOGRU Y. Effects of zinc treatment in patients with recurrent aphthous stomatitis. **Dent Mater J.**, v. 22, n. 1, p. 21-9, 2003.

POLYCHRONOPOULOU A.; DIVARIS K. Perceived Sources of Stress Among Greek Dental Students. **Journal of Dental Education**. v.69, n.6, 2005.

PORCU M.; FRITZEN C. V.; HELBER C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá.

Psiquiatria na prática médica, v.34, n.1, 2001.

PORTER S.R. *et al.* Recurrent Aphthous Stomatitis. **Clinics in Dermatol.**, v. 18, p. 569-78, 2000.

PORTER S.R.; SCULLY C. Aphthous stomatitis – an overview of etiopathogenesis and management. **Clin. Experim. Dermatol.**, v. 16, p. 235-43, 1991.

Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Projeto vinculado a Coordenadoria do Curso de Graduação em Odontologia, do Centro Ciências da Saúde, e ao Departamento de Ensino de Graduação, da Pró-Reitoria de Ensino de Graduação, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2010

QUIJANO D.; RODRIGUEZ M. Corticoides tópicos em La estomatitis aftosa recorrente – Revisión sistemática. **Acta Otorrinolaringol. Esp.**, v. 59, p. 298-07, 2008.

RADA R.E.; JOHNSON-LEONG B.D.S. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. **JADA**, v.135, 2004.

RAMOS-E-SILVA, M. *et al.* Clinical evaluation of fluid extract of Chamomilla recutita for oral aphthae. **J. Drugs Dermatol.**, v. 5, n. 7, p. 612-617, 2006.

RODRIGUES A.L.; GASPARINI A.C. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

RODRIGUEZ M.; RUBIO J.A.; SANCHEZ R. Effectiveness of two oral pastes for the treatment of recurrent aphthous stomatitis. **Oral Dis.**, v. 13, p. 490-4, 2007.

ROGERS R.S. Recurrent Aphthous Stomatitis: Clinical Characteristics and Evidence for an Immunopathogenesis. **The Journal of Investigative Dermatology**, v. 99, p. 499-09, 1977.

ROGERS R.S. Recurrent Aphthous Stomatitis: Clinical Characteristics and Associated Systemic Disorders. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery**, v. 16, n. 4, p. 278-83, 1997.

SCULLY, C.; GORSKY, M.; LOZADA-NUR, F. The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis: a consensus approach. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 134, n. 2, p. 200-07, 2003.

SCULLY C.; PORTER S.R. Recurrent aphthous stomatitis: current concepts of etiology, pathogenesis and management. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 18, n. 1, p. 21-7, 1989.

SHARQUIE K.E.; NAJIM RA; AL-HAYANI R.K.; AL-NUAIMY A.A.; MAROOF D.M. The therapeutic and prophylactic role of oral zinc sulfate in management of recurrent aphthous stomatitis in comparison with dapsone. **Saudi Med. J.**, v. 29, p. 734-8, 2008.

SHULMAN, J.D. An exploration of point, annual, and lifetime prevalence in characterizing recurrent aphthous stomatitis in USA children and youths. **J. Oral Pathol. Med.**, v. 33, n. 9, p. 558-66, 2004.

SPIGER, V. A presença de fatores estressores entre os estudantes do Curso de Graduação da UFSC. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

THOITS, P. A. Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *J. Health and Soc. Behav.* V. 51(Suppl.) p. S41–S53, 2010.

TOCHE P., P. *et al.* Úlceras orales recurrentes: características clínicas y diagnóstico diferencial. Santiago. **R. Chil. Infectol.**, v. 24, n. 3, p. 215-19, 2007.

VINCENT, S.D.; LILLY, G.E. Clinical, historic, and therapeutic features of aphthous stomatitis: literature review and open clinical trial employing steroids. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 74, n. 1, p. 79-86, 1992.

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CARTA CONVITE

Meu nome é Júlia Michels, sou aluna do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina e estou realizando meu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “**PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS AFTOSAS RECORRENTES E NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO EM ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.**”, sob orientação da Professora Doutora Inês Beatriz Rath. O objetivo deste trabalho é de verificar a prevalência de úlceras aftosas recorrentes (UAR) em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, quais os tratamentos já utilizados, sua eficácia em relação à redução da sintomatologia, tempo de evolução e recorrências destas lesões e associar suas manifestações com períodos de estresse, gerados pelo curso de Odontologia. Para participar você precisará dispor de seu tempo para responder a um questionário e, posteriormente a outro questionário a ser aplicado em período sem a manifestação e em período com a manifestação das UAR para avaliar seus níveis de estresse em diferentes momentos. Os riscos estão relacionados ao tempo e desconforto para responder aos questionários. Os benefícios estão relacionados a conhecer a relação entre estresse e manifestação das lesões de UAR e receber tratamento durante todo o desenvolvimento deste estudo frente a manifestações de UAR. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo. Você tem o direito de se retirar desta pesquisa no momento que considerar necessário para você, sem qualquer prejuízo ou represália. Todos os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa, os quais serão publicados em revista indexada da área da saúde e em apresentações de eventos científicos da área da saúde, conforme normas da Resolução 466/12 do CNS e suas complementares, na pesquisa envolvendo seres humanos. Caso aceite participar deste estudo, você receberá uma cópia deste documento, o qual está redigido em duas vias, de igual teor, que deverão ser assinados por você e outra via que ficará de posse do pesquisador principal deste estudo. Você poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa com a pesquisadora principal, Júlia Michels, pelo telefone (48)99887532 ou e-mail: juliamichels_@hotmail.com ou com a Professora orientadora Ines Beatriz Rath, telefone (48)99890926, e-mail:ibrath@hotmail.com ou através do Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da UFSC (CEPSH), Biblioteca Central da UFSC, telefone (48)37219206 e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, carteira de identidade número _____, declaro que aceito, por minha livre e espontânea vontade, participar da pesquisa “**PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS AFTOSAS RECORRENTES E NÍVEL DE ESTRESSE PERCEBIDO EM ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.**”, realizada pela acadêmica Júlia Michels,

sob orientação da Profa. Dra. Ines Beatriz Rath, do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, da qual fui informado de todos os procedimentos a serem realizados e que posso obter informações sobre o andamento da pesquisa a qualquer momento durante o seu curso através de contato com a pesquisadora principal, com a pesquisadora principal, Júlia Michels, pelo telefone (48)99887532 ou e-mail: juliamichels_@hotmail.com ou com a Professora orientadora Ines Beatriz Rath, telefone (48)99890926, e-mail:ibrath@hotmail.com ou através do Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da UFSC (CEPSH), Biblioteca Central da UFSC, telefone (48)37219206 e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Estou ciente de que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer represália ou prejuízo a minha pessoa. Também fui informado de que todos os meus dados e minha identidade serão mantidos em sigilo, conforme normas da Resol. CNS 466/12. Esta via vai assinada por mim e pelos responsáveis pela pesquisa, em duas vias, das quais uma ficará em meu poder e outra sob a guarda da pesquisadora principal.

Florianópolis _____, de _____ de 2015.

Júlia Michels – Pesquisadora Principal

Ines Beatriz da Silva Rath – Professora Orientadora

Participante da Pesquisa

APÊNDICE 2 – Questionário Prevalência de UAR

Participante _____

Idade: ____ anos Sexo: () M () F Turma _____

Já apresentou manifestações de Úlceras Aftosas Recorrentes (aftas):

() Sim () Não Se SIM responda ao questionário abaixo

QUESTIONÁRIO

1. Frequência das manifestações:
() quinzenal () mensal () semestral () anual
2. Sintomatologia apresentada nos episódios de UAR:
() dor () ardência () linfadenopatia () febre ()
dificuldade fala () dificuldade deglutição () mal estar geral
3. Tempo de duração das lesões de UAR:
() 7 dias () 10 dias () 14 dias () > 21 dias

4. Tratamentos já utilizados e período de cura com cada tratamento:
() corticoides tópicos

Nome: _____	Tempo de Cura: _____
-------------	----------------------

() Antinflamatórios tópicos

Nome: _____	Tempo de Cura: _____
-------------	----------------------

() Antibióticos

Nome: _____	Tempo de Cura: _____
-------------	----------------------

() Laserterapia

Nome: _____	Tempo de Cura: _____
-------------	----------------------

() Outro

Nome: _____	Tempo de Cura: _____
-------------	----------------------

() Assinale caso apresente manifestação de UAR no momento da aplicação do questionário.

ANEXO 1 - Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS-14)

Itens e instruções para aplicação

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre

Neste ultimo mês, com que frequência...						
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale* [PSS-14]; Cohen, Karmack, & Mermelsteinm, 1983).

ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEP-HEMOSC

CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA
CATARINA - HEMOSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ÚLCERAS AFTOSAS RECORRENTES: TRATAMENTOS UTILIZADOS POR ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

Pesquisador: Ines Beatriz da Silva Rath

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39978314.9.0000.0110

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.038.152

Data da Relatoria: 02/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto para Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da UFSC como requisito para a graduação. Importante para o conhecimento do coordenador e alunos do curso de odontologia da UFSC para saber em qual ou quais fases do curso há maior nível de estresse entre os alunos durante o curso.

A Úlcera Aftosa Recorrente (UAR), também conhecida como estomatite aftosa recorrente, é uma das desordens mais comuns da cavidade oral. Sua etiologia ainda permanece desconhecida, mas inúmeros fatores estão associados ao seu aparecimento, como estresse, problemas gastrointestinais, deficiência autoimune, dentre outros.

Objetivo da Pesquisa:

Geral/Primário -Levantar a prevalência e a relação com estresse e verificar os tipos de tratamento utilizados por portadores de Úlceras Aftosas Recorrentes, num grupo de alunos do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Secundário: Levantar a prevalência de manifestações de UAR em alunos do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC);•Verificar quais os tratamentos já utilizados para o tratamento da UAR por alunos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC;

Endereço: Rua Barão de Batovi,630 Anexo Administrativo HEMOSC

Bairro: Centro

CEP: 88.015-340

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9826

E-mail: cep@fms.hemosc.org.br

**CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA
CATARINA - HEMOSC**



Continuação do Parecer: 1.038.152

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora os riscos estão relacionados ao tempo e desconforto para responder ao questionário. Os benefícios estão relacionados a identificação de estresse e encaminhamento para tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora esclareceu a questão quanto ao numero de participantes, tomou como base a literatura em que a "prevalência da UAR é uma afecção comum , cuja prevalência varia entre 5 e 66%, com média de 30% entre a população geral, sendo mais frequente no sexo feminino, em torno de 55% em relação ao sexo masculino(RAMOS-E-SILVA et al,2006), foi realizado um calculo médio de 30% dentre os 500 alunos matriculados no curso de graduação em odontologia da UFSC(numero total de vagas), calculando-se cerca de 150 participantes, os quais serão entrevistados em dois momentos, com manifestação de UAR e sem manifestação de UAR. Cabe ressaltar que esse numero pode ser maior ou menor , de acordo com a prevalência de UAR apresentada nessa população específica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos obrigatórios foram apresentados e o TCLE corrigido, faltando apenas incluir o CPF do pesquisador.

Recomendações:

As recomendações foram atendidas, faltando apenas escrever o nome da sigla CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por Ad Referendum, pois não há necessidade de aguardar nova reunião do colegiado, pois as inadequações foram resolvidas.

Endereço: Rua Barão de Batovi, 630 Anexo Administrativo HEMOSC

Bairro: Centro

CEP: 88.015-340

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9826

E-mail: cep@fms.hemosc.org.br

CENTRO DE HEMATOLOGIA E
HEMOTERAPIA DE SANTA
CATARINA - HEMOSC



Continuação do Parecer: 1.038.152

FLORIANOPOLIS, 27 de Abril de 2015

Assinado por:

Rosane Suely May Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Batovi, 630 Anexo Administrativo HEMOSC

Bairro: Centro

CEP: 88.015-340

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3251-9826

E-mail: cep@fns.hemosc.org.br